

## “БЕЗОПАСНО ОТДАНЫЙ МЛАДЕНЕЦ” (Программа отказа от прав на ребенка) Медицинский вопросник

СПАСИБО, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ ДАТЬ ЭТОМУ МЛАДЕНЦУ БЕЗОПАСНОЕ И НАДЕЖНОЕ БУДУЩЕЕ

**ПРИМЕЧАНИЕ:** У МЛАДЕНЦА, КОТОРОГО ВЫ ПРИНЕСЛИ СЕГОДНЯ, В БУДУЩЕМ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ СЕРЬЕЗНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ, О КОТОРЫХ МЫ СЕГОДНЯ НЕ ЗНАЕМ. НЕКОТОРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВКЛЮЧАЯ РАК, ЛУЧШЕ ВСЕГО ЛЕЧАТСЯ, КОГДА МЫ ЗНАЕМ МЕДИЦИНСКУЮ ИСТОРИЮ СЕМЬИ. В ДОПОЛНЕНИЕ, ИНОГДА РОДСТВЕННИКИ НУЖНЫ ДЛЯ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖИЗНЕННО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ У ЭТОГО РЕБЕНКА БЫЛО ЗДОРОВОЕ БУДУЩЕЕ, ВАША ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЭТОГО ВОПРОСНИКА ОЧЕНЬ ВАЖНА. СПАСИБО.

Пожалуйста помните, что ответы на эти вопросы помогут нам предоставить младенцу наилучшую возможную помощь. Пожалуйста спросите, если вам нужна помощь для ответа на любой вопрос. Если вам неудобно ответить на любой вопрос, пропустите его и отвечайте на остальные. Любая информация, которую вы предоставите, пойдет на пользу ребенку.

**ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНА И БУДЕТ ИСПОЛЬЗОВАНА ТОЛЬКО ДЛЯ ПОМОЩИ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ.**

1. Укажите дату, время и место рождения ребенка:  
Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_  a.m.  p.m. Место: \_\_\_\_\_
2. Ребенок родился преждевременно? \_\_\_\_\_ С задержкой? \_\_\_\_\_ Не знали предполагаемую дату рождения? \_\_\_\_\_
3. Была ли проблема с началом дыхания у ребенка?  Да  Нет
4. Младенца кормили грудью?  Да  Нет  
Если Да, сколько времени? \_\_\_\_\_ Когда последний раз кормили ребенка? \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.
5. Ребенка кормили искусственным питанием?  Да  Нет  
Если да, в течении какого времени? \_\_\_\_\_ Когда последний раз кормили ребенка? \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.
6. Была ли во время беременности мать у врача?  Да  Нет  
Если да, когда первый раз она была у врача? \_\_\_\_\_  
Сколько раз она посетила врача во время беременности? \_\_\_\_\_
7. Роды принимал врач, акушерка, медсестра или другой мед. работник?  Да  Нет
8. Осматривал ли врач младенца после родов?  Да  Нет  
Если да, то когда? \_\_\_\_\_
9. Курила ли мать сигареты во время беременности?  Да  Нет  
Если да, как часто? \_\_\_\_\_
10. Пила ли мать алкогольные напитки во время беременности?  Да  Нет  
Если да, как часто? \_\_\_\_\_
11. Принимала ли мать во время беременности лекарства по рецепту или свободно продаваемые в аптеке?  Да  Нет  
Если да, какие? \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
12. Принимала ли мать рекриационные или другие наркотики во время беременности?  Да  Нет  
Если да, какие? \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
13. Была ли мать ранее беременна?  Да  Нет  
Если да, сколько раз? \_\_\_\_\_  
Были ли какие-либо проблемы с предыдущими беременностями или родами?  Да  Нет  
Пожалуйста, объясните \_\_\_\_\_
14. Раса/этническое происхождение родителей ребенка: Мать \_\_\_\_\_ Отец \_\_\_\_\_
15. Есть ли среди предков ребенка коренные американцы?  Неизвестно  Да  Нет  
Если да, название племени? \_\_\_\_\_ Из какого штата? \_\_\_\_\_

**Пожалуйста, скажите нам, если у матери, отца или любого из их родственников было или есть сейчас любое из указанных ниже заболеваний.**

<b>ВИД ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>	<b>РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ</b> (Мать, отец, дедушка или бабушка, тетя или дядя). Пожалуйста, укажите, родственники со стороны матери или отца.	<b>ВОЗРАСТ НАЧАЛО БОЛЕЗНИ</b>
<input type="checkbox"/> ВИЧ или СПИД (HIV or AIDS)	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Венерические болезни Какие? _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Рак Какой? _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Эпилепсия	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Психические заболевания Какие? _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Высокое кровяное давление	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Болезнь сердца	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Диабет	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Муковисцидоз (Cystic Fibrosis)	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Проблемы с почками Какие? _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Проблемы со слухом, зрением или речью. Какие? _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Астма	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Туберкулез	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Серповидно-клеточное заболевание	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Замедленное/специальное обучение	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Аллергии Какие? _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Артрит Какой? _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	
<input type="checkbox"/> Другое заболевание Укажите _____	<input type="checkbox"/> Матери <input type="checkbox"/> Отца	

Пожалуйста, предоставьте любую дополнительную информацию, которая может помочь нам предоставить младенцу наилучшее медицинское обслуживание сейчас или в будущем. (Вы можете приложить дополнительные листы)